

A Grundlagen der Supervision

1 Ein Wirkmodell der Supervision

Mathias Lohmer

Warum wirkt Fallsupervision eigentlich? Wie transferiert sich die Problematik der Patient-Therapeut-Beziehung in die Supervision? Und wie wirkt sich dann das Ergebnis der Supervision auf den therapeutischen Prozess aus? Diesen Grundsatzfragen soll im nachfolgenden Kapitel nachgegangen werden.

1.1 Das Dreieck der Supervision

Das Verhältnis der grundlegend Beteiligten eines supervisorischen Prozesses zueinander kann in einem »Dreieck der Supervision« konzeptualisiert werden, bei dem immer die Beziehungen zwischen Therapeut (Supervisand), Supervisor und Patient im Verhältnis zueinander gedacht werden (► Abb. 1 »Das Dreieck der Supervision«).

Der Patient trifft dabei auf einen Therapeuten, der wieder auf einen Supervisor trifft – und jeder von den Dreien handelt nach einer impliziten bzw. expliziten Krankheits- und Heilungstheorie, bewegt sich in einem spezifischen Behandlungskontext und hat eigene Erwartungen. Es lohnt sich, diese Grundbedingungen zu reflektieren, um die Komplexität des Supervisionsgeschehens entsprechend konzeptualisieren zu können.

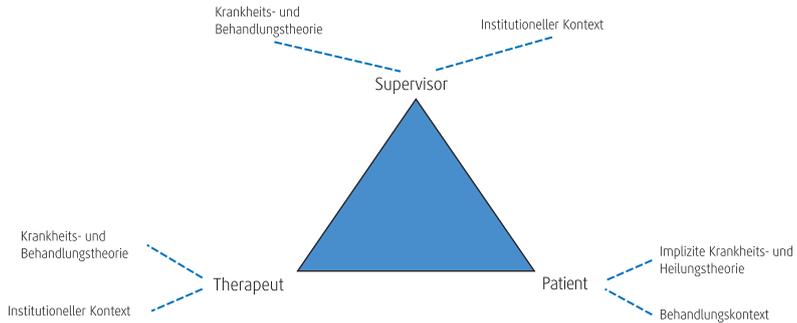


Abb. 1: Das Dreieck der Supervision

1.1.1 Der Pol des Patienten

Der Patient hat in der Regel seine implizite Krankheits- und Heilungstheorie. Darin ist enthalten: »Was ist mein Problem? Was wird mich gesund machen? Was wünsche und befürchte ich vom Therapeuten?«. Der Patient steht in einem spezifischen Behandlungskontext: seinem sozialen, beruflichen und familiären Umfeld, er hat Vorerfahrungen, die er mit Therapie bisher gemacht hat, gegebenenfalls parallele Behandlungen im somatischen oder Heilpraktiker-Bereich, verfügt über eigene Motivation oder eher Fremdmotivation und hat spezifische Finanzierungsmodalitäten. Mit diesem Kontext trifft der Patient nun auf seinen Psychotherapeuten.

Ein depressiver Patient, Herr A., mit mittlerem Strukturniveau fühlt sich überarbeitet, leidet unter einer als abweisend erlebten Haltung seiner Ehefrau und ist mit seiner Karriereentwicklung unzufrieden. Er sucht einen Therapeuten auf, in der Hoffnung, dass dieser »ihn wiederaufrichten« und ihm »ein besseres Selbstvertrauen vermitteln« kann.

1.1.2 Der Pol des Psychotherapeuten

Der Psychotherapeut hat eine explizite und implizite Krankheits- und Behandlungstheorie und explizite und implizite Bedürfnisse im Rahmen der Therapie. Explizit sind Krankheits- und Behandlungstheorie, so wie er sie in seiner Ausbildung gelernt hat bzw. in kollegialen Diskussionen und dem Antragsverfahren an den Gutachter wiedergibt. Implizit und manchmal unbewusst, auch bedingt durch die eigene Übertragung und Gegenübertragung auf den Patienten (► Kap. 2 »Selbstreflexion in der Supervision«), gibt es ergänzende oder kontrastierende Krankheits- und Behandlungstheorien, die in das Behandlungsgeschehen einfließen. Explizite Bedürfnisse an die Therapie sind die Sicherung seiner eigenen materiellen Basis, aber auch die Bestätigung in seiner Rolle als Therapeut, Befriedigung über Behandlungserfolge und Wünsche und Ängste gegenüber dem Patienten – z. B. der Wunsch, der Aggression des Patienten zu entkommen, der depressiven Klage auszuweichen oder ein schlimmes Trauma »wiedergutzumachen«.

Die Therapie findet nun in einem spezifischen institutionellen Kontext statt. Findet sie in einer eigenen Praxis statt, wird der Therapeut sich stärker als »Herr des Verfahrens«, zuweilen aber auch alleingelassen und in Frage gestellt fühlen. Behandelt er den Patienten in einer Klinik (z. B. psychiatrische oder psychosomatische Klinik), so findet eine fokale oder intensive Kurztherapie statt, indem der Einzelpsychotherapeut nur eine Facette des therapeutischen Geschehens darstellt. Unterstützung wird auch durch andere therapeutische Settings in Anspruch genommen (Kunst- und Musiktherapie, Sport etc.). Oft leidet der Psychotherapeut darunter, nur selten die »Früchte des eigenen Tuns« ernten zu können, da das eigentliche Durcharbeiten einer Problematik in einem sich anschließenden ambulanten Kontext stattfinden wird. Im Rahmen zum Beispiel einer forensischen Psychotherapie ist der institutionelle »Zwangskontext« der Therapie bedeutsam, in dem der Patient nicht primär freiwillig an einer Therapie teilnimmt und das »dritte Element« der Behandlung, hier Justiz und Staat, immer präsent ist.

Der Therapeut hat weiterhin seine eigenen Erwartungen an Supervision. So kann er zum Beispiel Hilfe bei Verwicklungen oder einen Zu-

wachs an Kompetenzen, an »Mastering«, suchen, oder er muss die Supervision im Rahmen einer Ausbildung »absolvieren«.

Mit diesen Erfahrungen und Erwartungen des Patienten und seinen eigenen Krankheitsvorstellungen, Kontextvariablen und Erwartungen an eine Supervision trifft er nun auf einen Supervisor.

Der Therapeut, Herr B., begegnet seinem Patienten, Herrn A., zunächst mit viel Wohlwollen, ermutigt ihn, sich im Beruf und gegenüber seiner Ehefrau »besser abzugrenzen« und sieht ein zu hohes, forderndes Ich-Ideal und Eltern, die Anpassung und Leistungsbereitschaft forderten, als ursächlich für die Depression seines Patienten. Durch Konflikte am Arbeitsplatz und in der Ehe sowie die Aggressionshemmung des Patienten ist es seiner Diagnose entsprechend nun zu der neurotisch-depressiven Entwicklung gekommen. Nach einiger Zeit fühlt sich Herr B. jedoch zusehends gelähmter mit Herrn A., seine wohlwollenden Vorschläge werden von Herrn A. als »nicht wirklich hilfreich« zurückgewiesen, Herr B. wird ärgerlicher, hilfloser, fühlt sich ungenügend als Therapeut und sucht zur Supervision Herrn C. auf.

1.1.3 Der Pol des Supervisors

Der Supervisor wiederum hat auch seine eigene explizite und implizite Krankheits- und Behandlungstheorie, die sich von der des Supervisanden sowie der des Patienten unterscheiden kann, und explizite und implizite Bedürfnisse im Rahmen der Supervision. Auch er sichert durch die Supervision seine materielle Basis und möchte sein Selbstkonzept als guter Supervisor im Rahmen der Supervision stärken. Auch er hat Wünsche und Ängste gegenüber dem Supervisanden: Wird er als guter Supervisor anerkannt oder nur in Kauf genommen? Nimmt der Supervisand freudig-kritisch seine Anmerkungen auf oder verschließt er sich? Fühlt sich der Supervisor durch den Supervisanden in eine hilflose und ohnmächtige Situation gebracht, in der er auch nicht weiterweiß?

Auch die Supervision findet in einem spezifisch institutionellen Kontext statt. Sie kann ein »privater« Auftrag eines Supervisanden an den

Supervisor sein, ihn zum Beispiel punktuell im Rahmen einer Verwicklung mit dem Patienten oder als kontinuierliche Begleitung zu unterstützen, es kann sich um die regelmäßige Supervision im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung innerhalb eines Institutes handeln oder aber um die externe Fallsupervision im Rahmen einer Behandlungseinrichtung – zum Beispiel einer Klinik oder einer Beratungsstelle. Weiterhin kann es auch die interne Fallbesprechung oder Supervision einer solchen Einrichtung sein, in der leitende Psychologen oder Oberärzte Therapeuten in ihrem Tun anleiten.

Als Folge dieses Aufeinandertreffens im Dreieck der Supervision findet ein komplexer Abgleichungs- und Anpassungsprozess statt. Explizit und implizit werden die unterschiedlichen Erwartungen und Voraussetzungen der einzelnen Akteure miteinander verhandelt. Im günstigen Falle stellt sich Komplementarität her und ein produktiver Regelkreis des Supervisionsprozesses kann wirksam werden (► Kap. 3 »Der Kontext der Supervision«).

Im ungünstigen Fall kommt es zu einer dauerhaften Störung der supervisorischen und therapeutischen Prozesse, die nur schwer aufgelöst werden kann. Hier kann eine »Supervision der Supervision« als Metaprozess nützlich und notwendig sein.

1.2 Der dynamische Regelkreis des Supervisionsprozesses

Supervision steht als Gesamtprozess in einem Regelkreis, der von der intrapsychischen Dynamik des Patienten über die interpersonale Dynamik Therapeut – Patient zur interpersonellen Dynamik Therapeut – Supervisionsgruppe – Supervisor zur interpersonellen Dynamik Therapeut – Patient und damit wieder zur intrapsychischen Dynamik des Patienten führt (► Abb. 2).

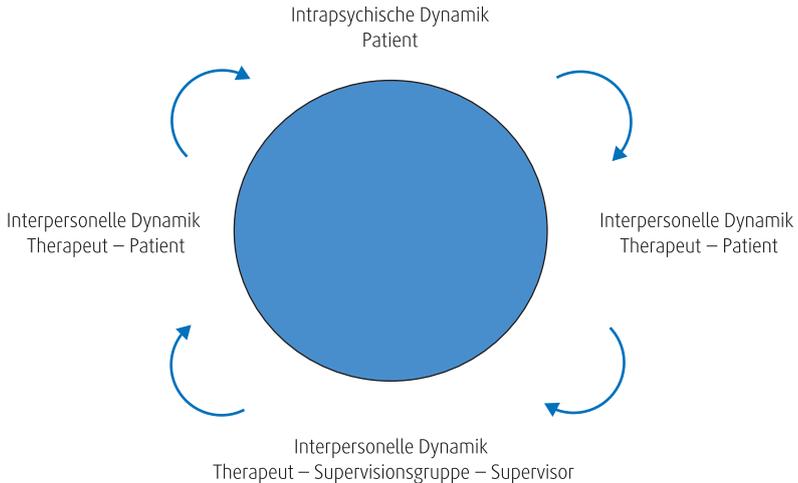


Abb. 2: Der dynamische Regelkreis der Supervision

1.2.1 Die intrapsychische Dynamik im Patienten

Wenn wir als Startpunkt die intrapsychische Psychodynamik im Patienten oder Patientensystem nehmen, so ist die Grundlage der Supervision die Entfaltung der Patientenproblematik in einer Szene, einer Aktualisierung und einer unbewussten Einbeziehung des Therapeuten oder Therapeutensystems in die eigene Problematik. Widersprüchliche, intrapsychische Anteile und Ambivalenzen des Patientensystems (Einzelpatient/Gruppe/Paar/Familie) tendieren zur inneren Aufspaltung, um die innere Konfliktspannung zu verringern. So kann in einem inneren Autonomie-Abhängigkeitskonflikt der Teil der Abhängigkeitswünsche an den Partner (oder auch den Therapeuten) delegiert werden, wenn der Patient selbst sich als innerlich unabhängig, enge Beziehungen eher flüchtend und abgegrenzt erlebt. Beide Seiten gleichzeitig können nicht integriert werden, so dass eine andere Person als Träger des eigenen, nicht gelebten oder abgelehnten Anteils notwendig wird.

In unserem Fallbeispiel erlebt sich Herr A. selbst als gutwillig, angepasst, überfordert, gekränkt – also eher als »Opfer« seiner Lebensverhältnisse. Der Therapeut, Herr B., sieht ihn zunächst als »Opfer«

seines inneren ungelösten Konfliktgeschehens und seiner Identifikationen – wird dann aber zusehends in eine »Macht-Ohnmacht-Szene« verwickelt, in der er sich selbst als ärgerlich und hilflos, ja entwertet erlebt.

1.2.2 Die interpersonelle Dynamik Patient – Therapeut

Erst durch diese »Ansteckung« des Therapeuten oder des Therapeutesystems geschieht auf einer tieferen oder unbewussten Ebene eine Kommunikation über die Struktur- oder Konfliktodynamik im Patienten/Patientensystem – auf diese Weise wird diese auch dem Erleben des Therapeuten zugänglich. Dies geschieht mittels projektiver Prozesse (Projektion bzw. projektive Identifizierung) und als Teil der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung.

Durch die Übertragung bzw. Projektion solcher unbewussten, abgelehnten, konflikthaften oder nicht bewussten Anteile von inneren Objekt- oder Selbstaspekten identifiziert sich der Therapeut – je nach eigener »Valenz«, also seiner Persönlichkeit, seiner Konfliktneigung und seiner Übertragungsneigung – mit den Einzelaspekten des Patienten und übernimmt spezielle »Rollen« in dessen »Szene«. Im Sinne der Gegenübertragung handelt es sich hier um eine konkordante (dem bewussten Selbstanteil des Patienten entsprechende) oder symmetrische (dem übertragenen Objektanteil des Patienten entsprechende) Gegenübertragung (Racker 1978). Der Therapeut »spielt also mit«, wird angesteckt, registriert vielleicht, dass er sich in einer für ihn ungewöhnlichen Weise kritisch, zaghaft, gelähmt oder unterstützend, konfrontierend, aber auch »aushaltend« verhält. Er kann es in einigen Fällen durch »Selbstanalyse« auch verstehen und einordnen, in anderen Fällen bleibt ihm die Art der Szene und seines eigenen Mitspielens aber unbewusst – genau hier greift die Wirkung von Supervision und begründet zugleich deren Notwendigkeit.

Der Therapeut erlebt sich jetzt unbewusst so, wie sich der Patient z. B. gegenüber seinem Chef oder seiner Ehefrau fühlt, bzw., wie

diese sich ihm gegenüber erleben. Der aggressive Teil des Patienten, in der er auch Macht ausübt (hier die »Macht des Opfers«) wird latent in seiner Zurückweisung von Zuwendung, Deutungen und supportiven Ratschlägen deutlich, während er sich manifest weiterhin hilflos und ohnmächtig fühlt. Der Therapeut reagiert ärgerlich, womit er wieder die Wahrnehmung des Patienten bestätigt, von anderen stets schlecht behandelt zu werden.

1.2.3 Die interpersonelle Dynamik Supervisand – Supervisionsgruppe – Supervisor

Der Therapeut (Supervisand) bringt nun mit seinem Fallbericht die Dynamik der therapeutischen Szene (die spezifische Übertragungs-Gegenübertragungsgleichung, die spezifische Rollenverteilung im therapeutischen Paar) in das psychische Feld der Supervisionsgruppe bzw. der Supervisand-Supervisoren-Beziehung. In der Einzelbeziehung Supervisand – Supervisor erlebt der Supervisor stärker »am eigenen Leib«, wie ihn die berichtete Szene der therapeutischen Beziehung affiziert.

Dieses Phänomen wird in Gruppensupervisionen wie einer Balintgruppe (► Kap. 10 »Balintgruppe als Methode der Supervision«) noch deutlicher sichtbar, da die Affekte in diesem Spiegelungsprozess stärker hervortreten und die einzelnen Gruppenmitglieder sich mit den einzelnen Facetten der therapeutischen Szene klar identifizieren. Der Supervisor kann hier stärker in der beobachtenden Position bleiben und die Essenz der Szene erfassen.

Wird der Therapeut/Supervisand vom Patienten zum allmächtig-hilfreichen Objekt gemacht, so fühlt sich die Gruppe oft stellvertretend entweder hypomanisch, aktiv oder voller guter Ratschläge (symmetrische Gegenübertragung) oder aber überfordert, gelähmt, kritisch, dem Therapeuten sein Scheitern vor Augen führend (konkordante Gegenübertragung zur berichteten Szene). Je stärker strukturell gestört ein Patient ist, desto heftiger wird diese »Widerspiegelungsdynamik« sichtbar, in der sich die berichtete therapeutische Szene im Hier und Jetzt der Beziehung zum Supervisor bzw. zur Supervisionsgruppe reinszeniert.